维普资讯 http://www.cqvip.com

二、麻醉方法　术前用安定 0.2mg/kg，阿托品 0.01mg/kg，俯卧穿刺法，麻醉药 1%利多卡因加 0.15%地卡因加肾上腺素 1～2 滴，总量 15ml，或 0.25%布比卡因 15ml，骶管穿刺，一次性注药。

三、讨论　包皮环切术，一般采用阴茎根部阻滞加系带浸润麻醉，由于医生进行局麻的技术不一，往往造成阻滞不完全，镇痛时间短，反复进行注射，局部水肿，部份病人在术中就感到疼痛，到术毕已经疼痛剧烈，回病房后都要口服止痛药及镇静剂方能止痛入睡，还由于术后造成龟头暴露，异物摩擦，刺激易致勃起增多，增加创口出血机会，导致疼痛，水肿加重，虽常规服用乙底雌酚，仍不理想，以上症状可以影响病人预后，增加痛苦，而骶管阻滞麻醉，可以克服以上缺点，使手术顺利进行，术后减轻疼痛，效果良好。我们采用小号针头（一般为 6.5～7 号肌肉注射针）进行骶管穿刺，病人痛苦少、安全，方法简便，一次穿刺成功。通过骶管阻滞使阴茎感觉神经麻醉，按常规骶麻剂量需要 25～30ml 药量，我们用小剂量麻药，一般在 15 毫升左右就可达到完全镇痛，镇痛时间最长可达 6 小时，痛觉恢复后切口感觉仍迟钝可维持到第 2 天，术后当晚基本不用口服止痛片。

骶管阻滞麻醉阻滞了植物性副交感神经，从而抑制了阴茎的勃起，在 35 例病人中有 29 例根本没有勃起发生，使术后水肿和疼痛减轻，有 6 例在下半夜勃起 1～3 次，明显坚度下降，说明在骶管阻滞麻醉后，麻醉药在逐渐消失，而副交感神经的麻醉作用仍存在，以往局麻手术病人常用平卧位后易勃起，疼痛加重，需要更换坐位后方才好转，影响睡眠，病人需服用镇静药。骶管阻滞麻醉可以减少局麻带来的弊端，使病人痛苦减少，恢复良好。

（收稿：1997－09－03）

58-59　先天性胆总管囊肿　外科手术　麻醉　处理　30

先天性胆总管囊肿手术及麻醉的处理

R657.4

吴贵庭*　苏万海**

此患儿为先天性胆囊管发育不良，目前较为理想的手术治疗方法是胆囊、胆总管切除、间置空肠代胆总管术，但手术难度大，时间长，失血多，况且此患儿是第二次手术，故对手术者和麻醉者均提出了更高的要求，本人就此病例作介绍。

患儿龚某，女，$3\frac{11}{12}$岁，体重 13kg，本院子女，既往一般情况尚好，偶有腹痛和轻微呕吐，家人考虑为受凉或胃肠痉挛，故未引起重视，1997 年 2 月，患儿食用肉类食物后出现腹痛，伴呕吐，作相应处理后病情无好转，故住院治疗，三天后病情逐渐加重，此时体温 38.4 ℃，并出现轻微的中毒性休克症状。院内召集有关专家会诊，决定作 CT 检查，以助诊断。CT 检查结果为胆总管囊肿，80×70mm，且腹腔内有大量积液，考虑为囊肿感染后炎性渗出，经外科会诊，转至我院肝胆胰外科，征得家属同意，行剖腹探查，术中见腹腔内有大量胆汁样渗出液，囊肿张力大，其形态大小同 CT 诊断相符。考虑患儿的全身情况，手术宜简为妥，故行囊肿引流，冲洗腹腔，腹腔引流，术毕送至病房，术后一段时间内患儿体质明显消瘦，和水、电解质平衡失调，血钾 2.8mmol/L，经过精心治疗和护理，两个月后患儿全身情况有所好转，在此期间曾几次夹管，试图观察胆道通畅情况，几小时后患儿即述腹痛。但患儿从未出现过黄疸。我院有关专家、领导及相关科室进行病案讨论，参考我国近年来肝胆外科的发展，考虑到手术的远期效果，经家人同意，决定先择目前认为手术效果较为理想的一种术式，即胆囊、胆总管切除，间置空肠代胆总管术。

于 1997 年 4 月 23 日上午，在气管内插管，静吸麻醉下实施了此例手术。

麻醉前用药：苯巴比妥纳 50mg，阿托品 0.2mg，术前半小时肌注。

* 作者单位：833200　新疆伊犁哈萨克自治州奎屯医院

** 新疆兵团奎屯医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

麻醉插管诱导用药，氯胺酮 40mg，司可林 25mg，插管顺利，接扬州宁泰医疗设备厂产 RY—Ⅱ型多功能麻醉机供氧，呼吸频率为 15 次/分，潮气量为 12—14ml/公斤，美国产 508 多功能监护仪对呼吸循环系统进行无创监测，同时颈内静脉穿刺置管，CVP 测定。

麻醉维持　芬太尼 0.1mg，潘可罗宁 1mg，1% 奴夫卡因及 0.1% 司可林溶液，总量为 250ml，根据麻醉需要，随时调整滴速。另间断吸入少量安氟醚，术中麻醉满意，生命体征平稳，参照 CVP 及失血量，给予输血补液。由于手术时间长，为避免喉头水肿的发生，选择了规格合适的气管导管，未作导管套囊充气，亦不漏气，术中曾两次给予地塞米松静注，总量为 10mg，手术历时 6 小时，术毕自主呼吸已恢复，有指令反应，此时间断脱离麻醉机，以逐步适应。观察约 10 分钟，潮气量，肺通气量，均接近正常，清洁口腔及气道，拔管，观察约 15 分钟，确认安全，送到病房，此时患儿呼之能应，但声音略有嘶哑，继续小溶量吸氧，并继续观察。

此患儿术后恢复较理想，20 天后出院，约 50 天即骑童车和小朋友们一块儿玩，因是本院子女故常可看到。

小结　此类手术难度较大，尤其二次手术，腹部皮肤肉芽组织突出于皮肤外，包裹于引流管周围，肌层和腹膜层次不清，大网膜和腹膜广泛粘连，且有一部分和肠管粘连，故此手术可谓费时、费力、费心，失血量亦较多，并要求麻醉效果满意，肌松良好，便于暴露及手术操作。本例病人之所以能如此成功，术后恢复之满意，手术的熟练程度及基本功非常重要，切除有一定难度，吻合口较多，术后证实无失误之处，只放腹腔引流管一根，一星期内只有极少量血性液体，从未见胆汁样液体流出，第 8 天拔腹腔引流管。

小儿对失血的耐受程度不如成人，术中美国产 508 多功能监护仪行无创监测，CVP 测定，结合失血量，给予输血补液，术中输全血 400ml，0.9% 生理盐水 250ml，平衡液 500ml，50% 葡萄糖液 250ml、麻醉复合液 250ml，小儿组织娇嫩，气管内插管力求动作轻柔，气管导管规格选择适当，尽量不作导管套囊充气，以免气管粘膜受压、水肿，术中适量给予钙剂及激素类药物，可预防喉头水肿的发生。保持循环系统稳定，满意的潮气量和通气量，加之喉头水肿的防治，是手术成功乃致术后能否顺利康复的关键所在。

（收稿：1997—11—24）

59-60　隐匿性脾破裂　诊断　治疗　外科手术　31

隐匿性脾破裂三例

王延江* 李晓帆** 金锡尊***

R657.62

隐匿性脾破裂又称延迟性脾破裂，由于发病率低，隐匿期症状不典型，误诊率高、病死率比一般脾破裂高 10 倍，现将我科收治 3 例报告如下。

例 1. 男，20 岁。因腹痛 48 小时入院，该患者于 48 小时前从 1.5 米高的围墙跳下，略感腹痛，未到医院诊治，三天后患者弯腰系鞋带时突然腹痛剧烈，心慌，头晕急送本院，查体：脉搏 120 次/分，血压 11/7.5 千帕，神智清，面色苍白，腹部略膨隆，腹软，全腹压痛阳性，以左上腹为著，无肌紧张及反跳痛，肝、脾未触及，移动性浊音阳性，肠鸣音 1—2 次/分，实验室检查血红蛋白 7.2g/L，红细胞 3.16×10^{12}/L、白细胞 14.2×10^{9}/L，中性分叶 85%，右下腹腹穿抽出不凝性血液，拟诊“延迟性脾破裂”行剖腹探查术，术中见腹腔大量血液及凝血块、脾下极实质破裂约 3 厘米被膜下广泛积血，行脾修补术，术后恢复良好。

例 2. 男，38 岁。因腹部疼痛 54 小时入院，患者

* 作者单位：154002　黑龙江省佳木斯市红旗岭医院
** 佳木斯第二发电厂医院
*** 佳木斯医学院附属医院